Deutscher Bundestag **Drucksache 16/7284**

16. Wahlperiode 27. 11. 2007

Antrag

der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, Kerstin Andreae, Hans-Josef Fell, Britta Haßelmann, Ulrike Höfken, Markus Kurth, Christine Scheel, Irmingard Schewe-Gerigk, Rainder Steenblock und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Präventionsgesetz auf den Weg bringen – Primärprävention umfassend stärken

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In ihrer Koalitionsvereinbarung haben CDU, CSU und SPD angekündigt, ein in der letzten Legislaturperiode am Votum der unionsregierten Bundesländer gescheitertes Präventionsgesetz zu verabschieden. Prävention soll zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitsweisen ausgebaut, die Koordination und Kooperation im Bereich der Prävention intensiviert sowie die Qualität der Maßnahmen der Sozialversicherungsträger und -zweige übergreifend und unbürokratisch verbessert werden. Präventionsmaßnahmen sollen an Präventionszielen ausgerichtet sein. Ergänzend zu den Sozialversicherungsträgern sollen Bund und Länder auch weiterhin ihrer Verantwortung gerecht werden.

Ein Präventionsgesetz wurde trotz mehrfacher Ankündigung der Bundesregierung bislang weder in den Bundestag eingebracht noch verabschiedet. Der Primärprävention wird weiterhin kein zentraler Stellenwert in der Gesundheitspolitik und in anderen Politikfeldern beigemessen. Primärprävention bleibt unterfinanziert und beschränkt sich auf Einzelregelungen insbesondere im Fünften Buch Sozialgesetzbuch – SGB V. Damit können zentrale Ziele der Primärprävention – Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, Stärkung der Gesundheitskompetenzen der Bürgerinnen und Bürger, Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit von chronischen Erkrankungen – nicht umgesetzt werden. Eine nachhaltige und von der Bundesregierung angekündigte Präventionspolitik findet nicht statt.

Der von den Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in der vergangenen Legislaturperiode vorgelegte Gesetzentwurf für ein Präventionsgesetz war und ist ein guter Ausgangspunkt, um die Primärprävention umfassend zu stärken. Der Gesetzentwurf sah vor, sowohl die Verhaltens- wie vor allem auch die Verhältnisprävention in den Lebenswelten (Settings) der Menschen zu verankern. Damit wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass Gesundheit und Krankheit im alltäglichen Lebensumfeld, in Stadtteilen, Schulen, Kindergärten oder Betrieben entstehen. Maßnahmen zu gesunder Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit sollten besonders berücksichtigt werden. Investitionen in Gesundheit müssen aber auch in der Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Umwelt-, Städtebau-, Kinder- und Jugendpolitik sowie in weiteren Politikfeldern getätigt werden. Die Bundesregierung hat versäumt, notwendige Schritte einzuleiten und ein seit langem überfälliges Präventionsgesetz zu verabschieden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

ein Präventionsgesetz vorzulegen, dass folgenden Anforderungen gerecht wird:

1. Das Präventionsgesetz regelt die Primärprävention. Zu den zentralen Zielen primärpräventiver Maßnahmen gehören die Eröffnung von Teilhabemöglichkeiten für Bürgerinnen und Bürger durch Aktivierung sozialer Netzwerke sowie die Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Im Gesetz werden die Verhältnisprävention, insbesondere nach dem Setting-Ansatz, sowie die Verhaltensprävention, insbesondere in den Lebenswelten, verankert. Maßnahmen zur gesunden Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit sollten besonders berücksichtigt werden. Zudem wird das Instrument der Kampagne als zulässiger und umfassender Interventionstyp im Gesetz festgeschrieben.
2. Das Gesetz berücksichtigt den Ansatz des Gender Mainstreaming. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Frauen und Männer unterschiedliche Gesundheitsbedarfe haben.
3. Es wird ein Entscheidungsgremium auf Bundesebene errichtet. Das Gremium entwickelt nationale Präventionsziele und -strategien, setzt Präventionsschwerpunkte, insbesondere bei sozial benachteiligten Gruppen. Bestehende Strukturen der Primärprävention werden zudem besser als bislang vernetzt und dort, wo es notwendig ist, erweitert.
4. An der Finanzierung einer gesamtgesellschaftlichen Primärprävention und deren Qualitätsentwicklung beteiligen sich Bund, Länder und Kommunen sowie alle Sozialversicherungszweige und die private Kranken- und Pflegeversicherung. Im Rahmen des Präventionsgesetzes werden in der Startphase jährlich 500 Mio. Euro verausgabt. Die Verteilung der Gelder erfolgt über Ausschreibungen durch das bundesweite Gremium. Das Finanzvolumen dieser gesamtgesellschaftlich orientierten Primärprävention wird in den Folgejahren jeweils um 10 Prozent angehoben.
5. Im Rahmen des Präventionsgesetzes wird die Qualitätsentwicklung und Evaluation der Primärprävention abgestimmt und weiterentwickelt. Es werden einige wenige Ansätze der Qualitätsentwicklung und Evaluation ausgewählt und kontinuierlich fortentwickelt.

Berlin, den 27. November 2007

Renate Künast, Fritz Kuhn und Fraktion

Begründung

Zu Abschnitt II

Zu Nummer 1

Die Fachwelt bestätigt, dass ein Präventionsgesetz längst überfällig ist. Das bundesdeutsche Gesundheitssystem ist durch eine starke akutmedizinische Ausrichtung geprägt. Cirka 70 bis 80 Prozent der Krankheits- und Sterbefälle sowie der Versorgungskosten sind auf einige wenige chronische Erkrankungen zurückzuführen, vor allem Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Diabetes Mellitus. Diese Erkrankungen führen nicht nur zum vorzeitigen Tod, sondern schränken auch die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten ein. Durch geeignete Präventionsmaßnahmen kann die Wahrscheinlichkeit einer chronischen Erkrankung gesenkt werden.

Wie gesund oder krank jemand ist, hängt oft von der jeweiligen Lebenslage ab. Gesundheit und Krankheit entstehen vor allem im Lebensalltag der Menschen, weniger durch den direkten Einfluss des Gesundheitswesens. Der Gesundheitszustand von Menschen ist auch davon abhängig, in welchem Stadtteil sie leben, auf welche Schule sie gehen, wie sich ihre Arbeitsbedingungen gestalten oder wie sie in das Gemeinwesen integriert sind.

Die bestehenden Präventionsangebote der Krankenkassen richten sich überwiegend an Angehörige der Mittelschicht. Damit wird das gesundheitspolitische Ziel der Primärprävention – Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – noch nicht ausreichend umgesetzt. Sozial benachteiligte Menschen sterben früher und sind häufiger von Unfällen sowie überdurchschnittlich stark von chronischen Krankheiten betroffen. Frauen aus dem unteren Einkommensviertel leben im Durchschnitt fünf Jahre weniger als Frauen aus dem oberen Einkommensviertel. Bei Männern beträgt diese Differenz sogar 10 Jahre. Die Gesundheit von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen kann nicht nur durch Aufklärung, Information, Beratung oder aufsuchende Arbeit gefördert werden. Es geht darum, Menschen die Möglichkeit zu eröffnen, mitzugestalten, damit sie erfahren, dass sie selbst etwas bewirken und verändern können. Nicht sinnvoll ist es, sie als Schuldige ihres eigenen Gesundheitszustandes zu stigmatisieren und sie einer oft gut gemeinten, jedoch schlecht praktizierten staatlichen Fürsorgepolitik unterzuordnen. Primärprävention bei sozial Benachteiligten heißt also zuallererst, sie auch in die Entwicklung miteinzubinden. Dies kann vor allem durch die Schaffung und Stärkung sozialer Netzwerke erfolgen, auch wenn diese zunächst einmal keinen direkten Gesundheitsbezug aufweisen.

Primärprävention hat zum Ziel, einerseits gesundheitliche Ressourcen zu stärken (Gesundheitsförderung) und andererseits gesundheitliche Risiken und Belastungen zu reduzieren. Ressourcen können zum Beispiel sein: umfassende Bildung, ein gesichertes Einkommen, Gesundheitskompetenz (Fähigkeit, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken), ein kinder- oder seniorenfreundliches Wohnumfeld. Belastungen können zum Beispiel sein: Armut und soziale Benachteiligung, mangelnde Bildungsmöglichkeiten, fehlende soziale Netzwerke, Umweltbelastungen.

Primärprävention ist vor allem Verhältnisprävention. Verhältnisprävention zielt auf die gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen. Hier gibt es beispielgebende Ansätze wie das Gesunde Städte-Netzwerk, das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung oder Projekte zur Gesunden Schule.

Der Setting-Ansatz gilt als Schlüsselstrategie der Verhältnisprävention. Er bezeichnet ein in den 1980er Jahren von der Weltgesundheitsorganisation entwickeltes sozialräumliches Konzept der Gesundheitsförderung. Ihm liegt die Annahme zugrunde, dass Gesundheit vor allem durch die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Settings) positiv beeinflusst wird.

Primärprävention soll auch individuelles Verhalten beeinflussen. Maßnahmen der Verhaltensprävention sollten in Verbindung mit verhältnispräventiven Ansätzen durchgeführt werden. Sie stellen eine sinnvolle Ergänzung settingorientierter Primärprävention dar. So sollten beispielsweise Kochkurse immer auch die kulturell oder religiös begründeten Gewohnheiten ihrer Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgreifen.

Angesichts von laut Bundesregierung knapp 40 Millionen Bundesbürgerinnen und -bürgern mit Übergewichtsproblemen, wird die Verantwortung des Staates für dieses Ernährungsproblem, anders als noch vor wenigen Jahren, nicht mehr ernsthaft bestritten. Das Problem von Übergewicht und Adipositas (starkes Übergewicht) hat sich seit dem Zeitraum von 1985/1999 dramatisch verschärft.

So gibt es 50 Prozent mehr übergewichtige und doppelt so viele adipöse Kinder wie noch vor 20 Jahren. In absoluten Zahlen ausgedrückt: 1,9 Millionen übergewichtige (15 Prozent) und 800 000 (6,3 Prozent) adipöse Kinder und Jugendliche stellt die Kindergesundheitsstudie KIGGS des Robert Koch-Instituts im Jahr 2006 fest. Besonders häufig betroffen sind Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, mit Migrationshintergrund oder mit Eltern, die übergewichtig oder adipös sind. Die KIGGS Studie belegt auch: Es findet eine Verschiebung von den somatischen zu den psychischen Störungen statt. Dazu zählen beispielsweise Entwicklungs-, Lern- und Verhaltensstörungen, Gewaltbereitschaft, emotionale Auffälligkeiten sowie Alkohol- und Drogenkonsum. Die Förderung der psychischen Gesundheit, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, gewinnt in diesem Zusammenhang eine zunehmende Bedeutung.

Die Gesundheit von größeren Teilen der Bevölkerung kann durch Kampagnen gefördert werden. Eine Kampagne ist in diesem Zusammenhang jedoch keine kurzfristige Maßnahme und darf nicht auf Öffentlichkeitsarbeit reduziert werden. Sie stellt ein Bündel aufeinander abgestimmter Maßnahmen der Primärprävention dar (Arbeit vor Ort, Gesundheitskommunikation über die Medien, Beeinflussung des Lebensumfeldes, Zusammenarbeit vieler Ebenen und Akteure). Erfolgreiche Beispiele sind die Kampagne „Gib AIDS keine Chance“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder die „Trimm-Dich-Kampagne“ des Deutschen Sportbundes.

Das Präventionsgesetz regelt den Bereich der nichtmedizinischen Primärprävention. Medizinische Leistungen der Primärprävention – dazu zählen zum Beispiel Schutzimpfungen – sind nicht Regelungsgegenstand des Präventionsgesetzes.

Zu Nummer 2

Frauen und Männer sind unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Es gibt frauen- und männerspezifische Krankheits- und Gesundheitsmuster. So weisen Jungen in der Kindheit, Mädchen hingegen im Jugendalter häufiger medizinisch relevante Befunde auf. Männer nehmen seltener als Frauen Präventionsangebote in Anspruch. Frauen werden häufiger als Männern Arzneimittel verschrieben (zum Beispiel Hormontherapie oder Psychopharmaka). Mädchen sind fast doppelt so häufig von Essstörungen betroffen wie Jungen. Jungen sind körperlicher Gewalt häufiger ausgesetzt als Mädchen. Bei der Konzeption geschlechtsspezifischer Präventionsmaßnahmen müssen diese Tatsachen berücksichtigt werden.

Der Ansatz des Gender Mainstreamings kann helfen, gesundheitliche Chancengleichheit für und zwischen Frauen und Männern herzustellen. Seit dem Amsterdamer Vertrag von 1997 ist Gender Mainstreaming eine rechtsverbindliche Handlungsgrundlage für die Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Gender Mainstreaming meint die feste Verankerung einer geschlechterbezogenen Handlungs- und Sichtweise in allen politischen Konzepten, auf allen Ebenen und in allen Phasen politischer Prozesse. Konkret bedeutet dies: Wo Frauen und Männer die gleichen gesundheitlichen Bedürfnisse haben, müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass sie auch die gleichen Angebote in Anspruch nehmen können. Unterscheiden sich die gesundheitlichen Bedarfe, müssen geschlechtsspezifische Angebote geschaffen werden.

Zu Nummer 3

Primärprävention ist ein Feld, auf dem sich vielfältige kleine und große Anbieter in den unterschiedlichsten Kontexten und Aktionsformen bewegen, wie zum Beispiel Betriebliche Gesundheitsförderung, stadtteilbezogene Sozialarbeit, Bewegungsförderung in Kindergärten oder bei Rückenschulen.

Neben isolierten Ansätzen existieren auch integrierte Konzepte sowie (Modell-) Projekte ohne direkten Gesundheitsbezug, wie zum Beispiel die aus dem europäischen Sozialfonds geförderte Gemeinschaftsinitiative EQUAL oder das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“.

Dieses Neben- und zum Teil Gegeneinander zu einem Miteinander zu verändern, ist das Motiv der unterschiedlichen Gremien, in denen sich Akteure der Primärprävention zusammenfinden (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V., gesundheitsziele.de oder Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten). Ziel ist es, sich zu vernetzen, gemeinsame Schwerpunkte zu setzen und abgestimmte Strategien zu entwickeln. Diese freiwilligen Zusammenschlüsse sind wichtig und sinnvoll.

Gleichzeitig reichen die Strukturen nicht aus, um aus einer gesamtgesellschaftlichen Sicht heraus eine einheitliche Präventionspolitik zu gestalten. Die jeweiligen – teilweise berechtigten – Eigeninteressen der Träger verhindern eine klare Steuerung und Prioritätensetzung. Primärpräventive Ansätze bleiben oft in einzelnen Sozialgesetzbüchern verhaftete Einzelstrategien. Dies ist auch ein Grund dafür, dass die Primärprävention den von ihr verlangten Beitrag zur Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit kaum leisten kann.

Eine effiziente und effektive Steuerung der im Rahmen des Präventionsgesetzes zur Verfügung gestellten Finanzmittel muss verbindlich über ein zentrales Gremium erfolgen. Das Gremium kann, aber muss nicht eine Stiftung sein. Beteiligte sollten sein: Vertreterinnen aller Finanzierungsträger, Patientinnenorganisationen/Patientenorganisationen sowie der Wissenschaft. Das Gremium entwickelt nationale Präventionsstrategien, setzt Präventionsschwerpunkte, fördert die Qualitätsentwicklung und befördert Strukturen, die die Partizipation der Bürgerinnen und Bürger in den Vordergrund stellen. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf die Primärprävention bei sozial benachteiligten Gruppen gelegt. In diesem Gremium sind gemeinsam durch alle Beteiligten zentrale Präventionsziele zu verabschieden, die dann die Grundlage für die Prioritätensetzung bei der Förderung von Präventionsmaßnahmen auf Bundesebene sowie in Ländern und Kommunen bilden. Es sollen hier Rahmenziele beschlossen werden, die notwendigerweise auf den unterschiedlichen Ebenen nach spezifischem Bedarf angepasst werden können (Teilziele) und eigenverantwortlich umgesetzt werden sollen. Dieses Vorgehen hat nichts mit Zentralismus zu tun.

Zu Nummer 4

Primärprävention erfüllt einen gesamtgesellschaftlichen Anspruch. Daher sollte sie zum Teil durch Steuermittel finanziert werden. Bund-, Länder- und Kommunen stehen hier ebenso in der Finanzverantwortung wie alle Sozialversicherungszweige und die private Kranken- und Pflegeversicherung, da insbesondere sie von den Ergebnissen der Primärprävention profitieren.

500 Mio. Euro sind ein guter Ausgangspunkt für die Finanzierung der Primärprävention. Dies entspricht ca. 0,2 Prozent aller Ausgaben für das Gesundheitswesen. Dieses Finanzvolumen wird zusätzlich zu den bereits für den allgemeinen Gesundheitsschutz verausgabten Mitteln zur Verfügung gestellt. Die Mittel sollten in einem Fonds auf Bundesebene verwaltet werden. Über die Verteilung der Gelder entscheiden alle Institutionen, die sich sowohl an der Finanzierung beteiligen als auch in dem bundesweiten Gremium vertreten sind. Weitere Akteure können über die Verteilung der Mittel mitberaten nicht aber mitentscheiden. Zur nachhaltigen Sicherung und zum Ausbau der Finanzierungsgrundlagen der Prävention sollte die Summe pro Jahr um jeweils 10 Prozent angehoben werden.

Ein effizienter Mitteleinsatz soll durch Ausschreibungen des bundesweiten Entscheidungsgremiums gewährleistet werden. Damit wird auch die notwendige

Transparenz über die Vergabe der Fördermittel gewährleistet. Ziel ist ein Wettbewerb um mehr Zweckmäßigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Primärprävention. Dabei sind die zentralen Ziele des Präventionsgesetzes zu beachten: die Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen und lebensweltorientierte Ansätze der Primärprävention. Finanzmittel können für Projektträger zur Verfügung gestellt werden, die sich an den auf Bundesebene beschlossenen Schwerpunktsetzungen orientieren und Maßnahmen der Qualitätsentwicklung vorsehen. Die zur Verfügung gestellten Summen stellen eine befristete Teilfinanzierung dar. Projektträger müssen zusätzlich einen Eigenanteil aufbringen oder sich um eine Kofinanzierung bemühen. Ziel ist, dass die Träger mittel- und langfristig eigenständig Primärpräventionsprojekte durchführen oder koordinieren und die notwendigen Gelder akquirieren. Ausschreibungen setzen faire Wettbewerbsbedingungen voraus. Projektträger können über einen bestimmten Zeitraum mit Zusatzfördermitteln (z. B. Verzicht auf den Eigenanteil, Weiterqualifizierung) gefördert werden.

Zu Nummer 5

Im Bereich der Primärprävention gibt es bislang noch keine der klinischen Medizin vergleichbare Kultur der Qualitätsentwicklung. Die nichtmedizinische Primärprävention braucht eigene Verfahren der Qualitätsentwicklung.

Es existieren zahlreiche Ansätze der Qualitätsentwicklung, die unterschiedliche Wertevorstellungen repräsentieren und teilweise nicht oder nur bedingt miteinander vereinbar sind (Best Practice und Good Practice Ansätze, partizipative Qualitätsentwicklung, Verfahren zur Evaluation des § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Ziel muss es sein, bestehende Ansätze aufeinander abzustimmen. Das bedeutet nicht, dass ein einheitliches Qualitätsentwicklungsverfahren notwendig ist. Notwendig ist aber ein Konsens in der Qualitätsentwicklung und Evaluation. Sinnvoll scheint die Konzentration auf einige wenige ausgewählte Ansätze, die kontinuierlich weiterentwickelt werden und im Wettbewerb miteinander stehen müssen. Dabei müssen neben harten Faktoren, wie einem effizienten Mitteleinsatz, auch „weiche“ Indikatoren, wie beispielsweise Partizipation, Empowerment, Geschlechtergerechtigkeit, Bedeutung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, berücksichtigt werden.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333